Departamento para el Cuidado de la Salud Para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street **Angleton, Texas 77515**

Oficina: (979) 864-1884 **Fax: (979) 864-3922**

260 George St., Suite 200 **Alvin, Texas 77511**

Oficina: (281) 585-3024 **Fax: (281) 824-0174**

Como aplicar para el Programa Indigente del Condado de Brazoria

1. Complete la solicitud; no deje espacios en blanco.

2. Haga copias de toda la documentación necesaria y adjúntelas a su solicitud.

3. Envíe por correo o en persona su solicitud adjunto con toda la documentación necesaria a la oficina del Departamento de Salud de Brazoria County en Angleton. (Si usted es residente de la ciudad de Brazoria, Clute, Damon, Dancinger, Freeport, Guy, Jones Creek, Lake Jackson, Old Ocean, Oyster Creek, Pledger, Richwood, Surfside, Sweeny, o West Columbia) on en la oficina en Alvin (Si usted es residente de Alvin, Friendswood, Liverpool, Manvel, Pearland, or Rosharon.)

4. Asegúrese de firmar la Autorización para Checar Antecedentes antes de enviar su solicitud (última página)

Nota: La recepcionista no es responsable de hacer copias.

QUE ES LO QUE PASA DESPUES?

- Su solicitud y documentación serán investigados por un representante.

- Si acaso se necesitan mas documentos para completar su solicitud, le informaremos por correo y le pediremos que nos mande cualquier información adicional.

- Una vez que su solicitud este completa, nosotros completaremos el proceso de pre investigación y le avisaremos por teléfono o por correo de la fecha y hora de su cita. (Nosotros nos reservamos el derecho de pedir información adicional en cualquier momento durante la solicitud o durante el proceso de entrevista).

- Si su caso es negado, se le mandará una carta de negación por correo.

******** Asistencia en llenar la solicitud se proporcionará si es necesario, comuníquese con Jennifer Gutiérrez al (979) 864-1884 o Ariana Hernandez al (281) 585-3024 para obtener ayuda ********

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax:(281) 824-0174

REQUISITOS PARA LLENAR SU SOLICITUD

El Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria requiere que todos las preguntas sean completadas cuando entregue su solicitud. Solicitudes incompletas o sin la información necesaria serán negadas o regresadas.

Para facilitar el proceso de su solicitud, por favor adjunte copias de la siguiente información que aplique a usted.

PRUEBA DE IDENTIFICACION para cada solicitante (y patrocinador si es aplicable)

- Licencia de manejar del estado de Texas/tarjeta de Identificación de Texas
- Pasaporte y tarjeta de residente extranjero
- Tarjeta de Seguro Social
- Acta de Nacimiento (si no hay otra documentación disponible)
- Identificación presente de su propio país.

PRUEBA DE RESIDENCIA

- Licencia de manejar del estado de Texas o tarjeta de ID de Texas con la misma dirección que esta en su solicitud
- Tarjeta de Registro para votar con la misma dirección que esta en su solicitud
- Recibo de luz o agua que este al corriente y que tenga la misma dirección que esta en su solicitud

SUELDO

- Cuatro (4) talones de sus mas recientes cheques de pago (NOTAR: si tiene recibos médicos de mas de tres meses que no han sido pagados, necesitamos los talones de cheques de pago de esos meses también)
- Si le pagan en efectivo, necesita traernos una carta de su patrón verificando la cantidad de su sueldo
- Si es empleado independiente, necesita traernos expedientes corrientes o la forma del Empleado Independiente
- Carta al corriente de Aprobación del Seguro Social para ambos esposos y para los niños que lo reciben
- Declaraciones mas recientes de Ayuda al Niño (se necesitan los cheques reales o la Orden de la corte de Ayuda de Niño)
- Decreto del divorcio
- Verificación corriente de beneficios médicos de Compensación del Trabajador o negación de beneficios
- Pruebas de cualquier sueldo, sea: beneficios de viudo(a), jubilación, pensión, pagos de dividendo, desempleo, Compensación del Trabajador, etc.
- Si es aplicable, los ingresos del patrocinador también se considerarán como parte de la aplicación.

RECURSOS

- Estados de Cuenta de su cuenta bancaria de cheques o de ahorro
- Verificación de acciones, bonos o cuenta de jubilación
- Registro de auto o títulos de todos sus vehículos en su casa, aunque estén bajo otro nombre
- Si es aplicable, los recursos del patrocinador también se considerarán como parte de la aplicación.

VERIFICACION DE OTRA ASISTENCIA

- Cartas al corriente de aprobacion/negacion de Medicaid, TANF, SSI, Estampillas de Hogar y Comida o cualquier otro programa de asistencia (traiga todo que le pertenezca)
- Forma de Verificar el Mantenimiento completada, firmada, y notariada por todos las personas o fuentes que le ayudan a mantenerlo/a
- Cualquier asistencia dentro de los últimos 3 meses de Servicios Sociales locales o de alguna organización de caridad

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax:(281) 824-0174

Todos los clientes elegibles del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes son requeridas que se registren para trabajar con el Centro de Fuerza de Trabajo de Texas.

Usted debe ir al Centro de Fuerza de Trabajo de Texas a las siguientes localidades:

- Lake Jackson – 491 This Way
- Teléfono: (979) 297-6400

- Texas City – 3549 Palmer Highway
- Teléfono: (409) 949-9055

Cuando usted envíe su aplicación ya completada, usted debe de adjuntar dos formas de identificación.

Cuando usted envíe su aplicación ya completada, por favor lleve esta carta con usted y pídales que le pongan un sello con la fecha (o que le adjunten una hoja de constancia) como verificación que usted se ha registrado para trabajar.

Esta carta (ya con el sello del Centro de Fuerza de Trabajo de Texas o la hoja de constancia) debe ser regresada a nuestra oficina cuando venga a su cita designada. Si esta carta no se regresa, la asistencia será retirada.

Received by TWC (date stamp) _____

Applicant Name: _____

FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA				
Status ☐ Application ☐ Review	Date Form 100 is Requested/Issued	Date Identifiable Form100 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)	Home Telephone No./Teléfono de la casa	Other Telephone No./Otro número de teléfono

Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Sí es el caso, enumere los nombres que ha usado.

☐Yes/Sí ☐No

Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apt.# /Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP

Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number **(if available)** Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

The word "household" in Questions #2 - #16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."
Las palabras "unidad familiar" en las preguntas #2- #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa, y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?
¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state?
¿Piensa quedarse en este condado y este estado?..... ☐Yes/Sí ☐No

3. Living Arrangements/Vivienda
Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

☐ Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando

☐ Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena

☐ No permanent residence
No tengo residencia permanente

☐ Live with someone else
Vivo con otra persona

☐ Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento

☐ Jail
Cárcel

4. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

   Rent/Mortgage/Renta/hipoteca.....$ _____

   Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz) .....$ _____

   Telephone/Teléfono .....$ _____

   Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús .....$ _____

   Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa .....$ _____

   Other/Otro.....$ _____

   Other/Otro.....$ _____

   Other/Otro.....$ _____

   Does anyone pay these household expenses for you?
   ¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted? ..... ☐Yes/Sí ☐No

   If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

5. Are you – or is anyone in your household – receiving ☐ TANF ☐ Food Stamp ☐ Medicaid benefits?
   ¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? ..... ☐Yes/Sí ☐No

   If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

6. Are you – or is anyone in your household – pregnant?
   ¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada?..... ☐Yes/Sí ☐No
   If Yes, who?
   Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

7. Are you – or is anyone in your household – disabled?
   ¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada?..... ☐Yes/Sí ☐No
   If Yes, who?
   Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

8. Have you – or has anyone in your household – applied for SSI or SSDI?
   ¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI?..... ☐Yes/Sí ☐No

   If Yes, who applied and when?
   Si contesta "Sí," quién los solicitó y cuando? _____

9. Do you – or does anyone in your household – have unpaid health care bills from the last three months?
   ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? ..... ☐Yes/Sí ☐No

   If Yes, which months?
   Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? _____

10. Do you – or does anyone in your household – have health care coverage (Medicare, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?
    ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)? ..... ☐Yes/Sí ☐No

    If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?
    ¿Cuánto dinero tiene usted; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? ..... $

12. How many cars, trucks, or other vehicles do you – and anyone in your household -- have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehiculos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación. .....

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
1.		
2.		

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you – or does anyone in your household – own or pay for a home, lot, land, or other things?
    ¿Tiene o paga usted o alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes? ..... ☐Yes/Sí ☐No

14. Did you – or did anyone in your household – sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?
    Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad?..... ☐Yes/Sí ☐No

15. Have you – or has anyone in your household – worked in the last three months?
    ¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses?..... ☐Yes/Sí ☐No
    If Yes, who?
    Si contesta "Si," ¿quien? _____

16. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; and unemployment./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address
- Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Me han dícho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature – Applicant / Firma – Solicitante	Date / Fecha	Signature – Spouse / Firma – Esposo o Esposa	Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse may also sign and date this Form 100 even if the spouse is a disqualified household member. Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, el cónyuge también puede firmar que su esposo o esposa también firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha	Signature - Applicant's Representative / Date Firma – Representante del solicitante / Fecha	Signature – Witness (if signed with "X") / Date Firma – Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma 100

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

The County Indigent Health Care Program (CIHCP) helps people pay for needed health care. Whether you can get this help depends on your income, what you own, where you live, other help you receive or could receive, and other items. Be sure to:

1.) Complete your name and address;
2.) Sign and date Page 3 of the application; and
3.) Answer as many questions as you can on this application.

Turn in or mail back your application today even if you cannot answer all the questions.

YOUR RESPONSIBILITIES

You may be asked to bring proof of what you write on your application or what you tell the person interviewing you. If you need help getting proof, the person interviewing you will help. Examples of some of the items you may be asked to prove and documents you can use for proof are:

Where You Live and Plan To Continue Living

Possible Proof: Mail that you received at your address; school records; voting records; property tax, rent or mortgage receipts; Texas driver's license; other official identification.

What You Own and What It Is Worth

Possible Proof: Property tax appraisals, estimates from car dealers, ads selling similar items, statements from real estate agents, bank statements.

Your Income

Possible Proof: Pay check stubs, pay checks, W-2 tax forms or income tax returns, sales records, statements from employers, award letters, legal documents, statements from persons giving you money.

Other Health Care Coverage

Possible Proof: Award or claim letters, insurance policies, court documents, other legal papers.

Information on social security numbers should be given if this information is available. Information on sex (Male/Female) is voluntary. These types of information will not affect your eligibility.

You must give information about health care insurance and any other third party financially liable for health care services paid by the county for yourself and members of your household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party.

You may be asked to apply for Medicaid, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Supplemental Security Income (SSI) benefits. If you are asked to apply for one of these programs or have applied but are waiting for an answer, your CIHCP application may be pended until you are determined ineligible for the other program. If you are not eligible for these other programs, if you have answered all the questions on the application, and if you have given all the proof asked for, your application can be processed. Then, the CIHCP must determine if you are eligible within 14 days.

After turning in your application, you must report within 14 days any changes in your address, income, resources, people living with you, or application for or receipt of Medicaid, TANF, or SSI.

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP) ayuda a la gente a pagar los servicios médicos que necesita. La elegibilidad para esta ayuda depende de los ingresos del solicitante, sus posesiones, el lugar donde vive, otra ayuda que recibe o que podría recibir, y otras consideraciones. Asegúrese de:

1.) Poner su nombre y dirección;
2.) Firmar y fechar la tercera página de la solicitud; y
3.) Conteste tantas preguntas que pueda sobre esta solicitud.

Entregue su solicitud, o échela al correo, hoy mismo aun si no ha podido contestar todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

Puede que le pidan pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que diga en su entrevista. Si necesita ayuda para obtener las pruebas, la persona que le haga la entrevista le puede ayudar. Estos son algunos ejemplos de información que puede que tenga que probar y de documentos que le puede servir de prueba:

El Lugar Donde Vive O Donde Tiene Su Hogar Permanente

Posibles Pruebas: Correo que recibió en esa dirección; expedientes de de la escuela; registros de votante; recibos de impuestos, renta o hipoteca; la licencia para manejar de Tejas; otra identificación oficial.

Las Posesiones Que Tiene Y Cuanto Vale Cada Una

Posibles Pruebas: El avalúo para impuestos sobre la propiedad, avalúos hechos por vendedores de carros, anuncios de la venta de articulos parecidos, declaraciones de agentes que venden propiedades, estado de cuentas del banco.

Los Ingresos Que Tiene

Posibles Pruebas: Talones del cheque de paga, cheque de paga, comprobante de salaries e impuestos (Forma W-2), declaración de impuesto federal, el historial de ventas, declaraciones de empleadores, carta de concesión, documentos legales, declaraciones de personas que le dan dinero.

Otra Cobertura Para Gastos Médicos

Posibles Pruebas: Cartas de reclamación o de concesión, pólizas de seguros, papeles de la corte u otros documentos legales.

Si tiene a su disposición los números de seguro social, debe darlos. La información sobre el sexo (Hombre/Mujer) es voluntaria. Esta información no afectará su elegibilidad.

Debe dar información sobre seguros médicos y de cualquier tercero que tenga la responsabilidad de pagar los servicios médicos pagados por el condado en beneficio de usted y miembros de la unidad familiar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted se compromete a darle al condado el derecho de recuperar el costo de servicios de un tercero.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadad (TANF), o Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI). Si le han pedido que solicite beneficios de alguno de estos programas o si usted ya los solicitó y está esperando la respuesta, su solicitud de CIHCP puede ser detenida hasta que decidan que no es elegible para los programas mencionados. Si no es elegible para estos programas, si ha contestado todas las preguntas de la solicitud, y si ha dado todos los comprobantes que piden, ya pueden procesar su solicitud. Entonces, el CIHCP tiene un plazo de 14 dias para determinar su elegibilidad.

Después de entregar su solicitud, usted debe reportar dentro de un plazo de 14 dias cualquier cambio de dirección, ingreso, recursos, el número de personas que viven con usted, o si solicita o recibe Medicaid, TANF, o SSI.

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, TX 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281)585-3024 Fax: (281) 824-0174

PAUTAS DE COMPORTAMIENTO

- Todos los solicitantes y clientes que califican necesitan cumplir con todas las pólizas y pautas del Estado y Condado para recibir servicios del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.

- Todos los solicitantes y clientes que califican necesitan cumplir con las pautas de comportamiento establecidas por el Estado de Texas y también aplican las pautas para la Clínica De los Médicos y cualquier oficina de especialistas donde sean referidos.

- Todos solicitantes y clientes que se comporten groseros y que hablen con lengua abusiva no serán atendidos. Nuestros empleados serán protegidos de situaciones peligrosas; confrontaciones combativas o físicas resultaran en terminación inmediata del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.

- Se espera que todos los clientes calificados se conformen con el régimen propuesto por la Clínica De los Médicos del Condado de Brazoria, UTMB grupo de atención primaria, o por el Especialista a quien a sido referido. Exámenes adicionales referidos, por ejemplo laboratorio, procedimientos de radiología u otras referencias a especialistas, deben de ser hechas dentro de una semana de la ultima consulta del medico primario. Clientes calificados serán terminados del programa si no conforman.

- Clientes serán terminados del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria por el uso ilícito de drogas y abuso continuado de alcohol, si no están activamente participando en un programa de rehabilitación supervisada.

- Todos clientes calificados tendrán que dar una notificación a los Médicos Primarios o Especialistas, por lo menos 24 horas por adelantado para cancelar una cita, si el cliente no puede guardar la cita. El cliente será terminado del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria si repetidamente falta a sus citas.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS PAUTAS AQUÍ ESCRITAS Y ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON ESTAS PAUTAS, EL RESULTADO PUEDE SER QUE ME SUSPENDAN DEL PROGRAMA.

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

_____

Nombre Escrito del Solicitante

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, TX 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

DECLARACION DE SERVICIOS

- **Los Clientes están obligados a buscar TODA la atención médica "No de Emergencia" con el grupo de Telemedicina UT, del Condado de Brazoria.** (En el caso que los Médicos del Condado de Brazoria, de la Oficina UT de Telemedicina determinen que su condición requiere tratamiento de un especialista; él / ella emitirá una recomendación para que usted vea a ese especialista. El condado de Brazoria CIHCP no emitirá pago para los servicios de cualquier emergencia no prevista, sin una referencia del la oficina Médica del Condado de Brazoria.

- **No serán utilizadas las salas de emergencia en el hospital. Solamente se utilizarán en caso de emergencia seria.** Si busca atención médica de rutina, como para la gripa, en una sala de emergencia de hospital, usted puede ser responsable por pagar esa cuenta y todos los cobros conectados a la sala de emergencia de hospital, doctor, y laboratorio.

- El Condado de Brazoria pagara hasta **tres (3) recetas por mes** y hasta **$30,000.00 por año** en cobros de hospital, doctor, laboratorio, rayos equis, y gastos de enfermeras expertas, o **30 días en el hospital, dependiendo cual servicio se use primero.**

- **Los clientes pueden ser responsables por el balance de cargos que no sean pagados por el Condado de Brazoria, incluyendo el pago completo de cada medicina que se compre y que sobrepasen las tres (3) recetas por mes.**

- **Los clientes serán responsables de informar a sus proveedores de su elegibilidad** con el programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria y de informar a esos proveedores de nuestra dirección anotada atrás de su tarjeta de elegibilidad.

- El Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria no es responsable por ningunas reclamaciones médicas recibidas en nuestra oficina después de nuestro plazo final. (Ya sea 95 días de la fecha de servicio O 95 días de la fecha de su aplicación completa.) ***Si un proveedor le manda un cobro, tiene usted que ponerse en contacto con ese proveedor y darle la información aquí mencionada para que ellos puedan cobrar en nuestra oficina.**

- **Los clientes deben notificar a nuestra oficina dentro de 14 días de cualquier cambio de situación,** tales como cambios en: sueldo, dirección, propiedad (incluyendo vehículos), miembros en el hogar, aplicación/recibo de SSI, TANF, o Medicaid.

  Si ocurre un cambio que le hace inelegible y usted no nos notifica del cambio como es requerido, usted puede ser responsable por el pago de cualquier servicio médico recibido después de que usted ya no califique o puede ser sujeto a prosecución bajo Código Penal de Texas.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS CONDICIONES AQUÍ DECLARADAS.

_____ _____

FIRMA DE APLICANTE FECHA

_____

NOMBRE DE APLICAN

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

Estimado Solicitante para el Cuidado de Salud para las Personas Indigentes:

Por favor tome nota de lo siguiente:

PROGRAMA DEL CUIDADO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS INDIGENTES DEL CONDADO DE BRAZORIA

PÓLIZA DE FRAUDE

I. **Si alguna persona conscientemente proporciona información falsa para el propósito de calificar para el cuidado de la salud para las personas indigentes, el o ella son sujetos a la Sección 37.10 del Código Penal de Texas – Falsificar con los Registros del Gobierno, Delito Menor Clase "A"; y/o sujeto a la Sección 32.46 del Código Penal de Texas – Asegurando Ejecución de un Documento por Decepción.**

II. **Si una persona conscientemente, dentro de los previos 24 meses, hizo una transferencia de alguna fuente de ingresos por menos del valor equitativo del mercado para calificar para el programa de la salud para las personas indigentes, el hogar de esa persona es considerado no elegible por dos años comenzando con la fecha cuando se hizo la transferencia y si alguna persona falla al no divulgar tal transferencia, esa persona también será sujeta a las sanciones criminales que se describen en la Sección I.**

III. **Si alguna persona falla en reportar un cambio de ingresos, recursos, residencia, o miembros de su hogar, tal falla hace que la persona no tenga derecho a los beneficios. Si hubo beneficios pagados a alguna persona mientras esta persona no hay tenido derecho de recibirlos, los beneficios deberán ser devueltos.**

IV. **Si alguna persona conscientemente esconde algún cambio de ingresos, recursos, o residencia para el propósito de permanecer elegible, el o ella es culpable por cualquier beneficio recibido mientras no era elegible; y sujeto a sanciones criminales escritas en la Sección I; y sujeto a Sección 31.03 y/o Sección 31.04 del Código Penal de Texas, Robo y Robo de Servicios, respectivamente Delito Menor Clase "C" a Delito Mayor de Segundo Grado, dependiendo en el valor de la propiedad o de los servicios tomados.**

V. **Si alguna persona conscientemente altera un documento de autorización recibido del programa de la salud para las personas indigentes para el propósito de cambiar el tipo de cuidado de salud autorizado o el beneficiario del cuidado de la salud autorizado, el o ella es sujeto a la Sección 37.10 del Código Penal de Texas, Falsificar con los Registros del Gobierno, Delito Menor Clase "A". Si la alteración involucra la distribución de sustancias controladas, la persona es sujeto a sanciones criminales de acuerdo al Acto de Drogas Peligrosas, y al Acto de Sustancias Controladas.**

Las leyes aquí mencionadas son para propósito ilustrativo. Prosecución por el abogado de distrito o de alguna otra autoridad criminal no necesita ser limitado a las provisiones de autoridad criminal aquí mencionados.

Si usted no sabe la contestación a alguna pregunta que se le haga, por favor no adivine. Si usted no sabe tales contestaciones, por favor dígaselo a esta oficina y amablemente lo pondremos en contacto con las autoridades apropiadas

Yo he leído esta carta y entiendo su contenido.

_____	_____	_____
Firma	**Su Nombre**	**Fecha**

Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax:(281) 824-0174

AUTORIZACION PARA CHECAR ANTECEDENTES

SOLICITANTE:_____ _____SS: _____D.O.B.: _____

ESPOSO(A):_____SS:_____D.O.B.:_____

DIRECCIÓN:_____

Tengo entendido que como parte del proceso de esta aplicación para los beneficios del Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria, es requerido que yo proporcione ciertos documentos por escrito al Departamento de Salud. Yo entiendo que si yo no proporciono estos documentos, esto va a demorar el que reciba los beneficios, si hay algunos, que yo pudiera recibir.

Por medio de la presente doy mi permiso al Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria para que obtengan información de mis antecedentes de la Comisión de la Fuerza de Trabajo de Texas, del Departamento de Registro de Vehículos, Agencia de Crédito, y de cualquier otro tipo de fuentes o banco de datos que necesiten ser contactados para determinar si soy elegible para el Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes.

Yo,_____; por medio de la presente autorizo a cualquier agencia publica incluyendo la Administración del Seguro Social, Medicaid y Medicare para que proporcionen al Condado de Brazoria o su agente, información relacionada a bienes o cualquiera otra fuente de ingresos que yo tenga a mi nombre y/o historia criminal. Por medio de la presente yo doy permiso al Condado de Brazoria y a todos sus agentes y empleados, a las agencias publicas que proporciones tal información y a todos los empleados de las agencias publicas que proporcionen información, y toda la responsabilidad que resulte de esta información que se proporcione al Condado de Brazoria. Yo certifico que las declaraciones hechas por mi en esta forma y/o en mi aplicación para los servicios del cuidado de la salud son verdaderos, completos, y correctos y los he hecho en mi pleno conocimiento y razonamiento, y los he hecho de buena fe. Yo entiendo que cualquiera declaración falsa que se haya hecho en la presente o en mi aplicación para el servicio de salud del Condado de Brazoria cancelará cualquier consideración para elegibilidad en el Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria en relación a mi aplicación para tales servicios de salud. Yo se y entiendo la Póliza de Fraude del Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.

Yo estoy consciente que debo aplicar de nuevo para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes cada seis meses y si yo no aplico de nuevo, yo podría perder cualquier beneficio que yo podría estar recibiendo.

Yo he leído esta forma y yo entiendo lo que he leído.

_____ _____

Firma del Solicitante **Fecha**

_____ _____

Firma del Esposo(a) del Solicitante **Fecha**